

UNIVERSITE DE GENEVE

Département de psychiatrie

Centre psycho-social

FACULTE DE MEDECINE

Professeur Gaston GARRONE

COLITE ULCEREUSE : EVALUATION PSYCHO-SOMATIQUE DE 25 CAS

Thèse

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Robert HEUSSER

de

Zürich

Thèse N° 3331

GENEVE

Editions Médecine et Hygiène

1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545902_0036

UNIVERSITE DE GENEVE

Département de psychiatrie

Centre psycho-social

FACULTE DE MEDECINE

Professeur Gaston GARRONE

COLITE ULCEREUSE : EVALUATION PSYCHO-SOMATIQUE DE 25 CAS

Thèse

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Robert HEUSSER

de

Zürich

Thèse N° 3331

GENEVE

Editions Médecine et Hygiène

1973

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Gaston Garrone,
autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre
d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 16 février 1973

Le doyen:
William Geisendorf

Thèse No 3331



Que le professeur Garrone trouve ici l'expression de ma reconnaissance pour l'aide qu'il a bien voulu m'accorder.

Je tiens également à remercier la Société Académique de Genève pour son appui financier me permettant de me consacrer entièrement à cette étude.

En 1930 un article fondamental a été publié dans l'American Journal of Medical Sciences, portant sur les facteurs psychogènes de la colite ulcéreuse. Son auteur, C.D. MURRAY, qui à l'époque était encore un étudiant en médecine, décrivait déjà chez ces malades une certaine structure de la personnalité à laquelle il attribuait le rôle d'un facteur étiologique parmi nombreux autres, et déjà il proposait une psychothérapie non-analytique.

Dès ce travail, de nombreuses questions, encore non résolues mais fondamentales, étaient posées, quant au type de la personnalité, à la spécificité du conflit, à la nature du lien entre les phénomènes psychologiques et les phénomènes organiques, bref, tous les problèmes qui sont propres à la recherche psychosomatique.

Nous tenterons dans une première partie de ce travail de résumer brièvement les conceptions actuelles de ces problèmes en discutant successivement.

1. la personnalité
2. le milieu familial et les relations interpersonnelles
3. les facteurs déclenchants
4. associations à d'autres manifestations psychiques ou somatiques
5. théories psychosomatiques sur l'étiopathogénèse
6. psychothérapie
7. pronostic

1. LA PERSONNALITE DES COLITIQUES

La plupart des auteurs sont, en général, d'accord qu'il existe des traits de caractère communs chez les malades colitiques. Les descriptions les concernant concordent en grande partie avec celle de GROEN qui est la suivante :

- intelligence bien développée, sujets souvent cultivés
- méticulosité avec scrupules, éléments d'une structure obsessionnelle
- sensibilité extrême avec impossibilité de répondre aux agressions
- attitude hésitante et soumise, non conforme à la valeur de leur personnalité qui superficiellement donne une impression d'infériorité, mais cache souvent un assez fort narcissisme
- égocentrisme marqué
- haut degré de passivité malgré une façade d'ambition
- agressivité foncière, mais très refoulée
- besoin marqué et constant d'amour, de sympathie et d'affection
- conception de l'amour naïve, idéaliste et infantile et attitude de dépréciation en ce qui concerne le sexe
- fixation à la mère anormalement forte

Pour les auteurs allemands, il existe en plus une tendance marquée à la parcimonie partiellement refoulée, se manifestant dans un conflit continu : faut-il être généreux ou a-t-on le droit de garder pour soi ? Il est évident qu'on trouve ces traits de caractère chez d'innombrables personnes qui ne font jamais de poussées colitiques. La spécificité de la personnalité du colitique est très discutée. Pour les uns cette spécificité ne fait pas de doute. Daniels & coll., par contre, la nient, tout en insistant sur la similitude des conflits émotionnels que ces malades montrent.

2. LE MILIEU FAMILIAL ET LES RELATIONS INTERPERSONNELLES

Les mères des colitiques sont décrites comme dominantes, froides, rigides, méticuleuses, ambitieuses, possessives; elles maintiennent leur enfant dans une dépendance étroite et surtout empêchent que ce dernier puisse exprimer avec une certaine liberté ses réactions agressives. Elles sont mécontentes d'elles-mêmes, imprévisibles dans leurs réactions, parfois même hostiles, donc très peu sécurisantes, ce qui met l'enfant dans la situation difficile de devoir deviner les vœux changeants de sa mère pour apprendre les conditions permettant de ne pas être rejeté par celle-ci. Ce danger de rejet est le plus facilement écarté par le fait d'être malade, ce qui satisfait momentanément mère (possession) et enfant (acceptation), mais entraîne un conditionnement néfaste de l'enfant à

la maladie et à la dépendance, et lui donne très tôt déjà l'impression d'un monde hostile vis-à-vis duquel il est sans défense. Cette attitude exigeante de la mère s'explique par le fait qu'elle a besoin de se valoriser devant sa propre mère, dont elle dépend et qu'elle craint. Il semble donc qu'il existe une forte ressemblance dans le vécu et dans le caractère du patient, de sa mère et de sa grand-mère, mais il est évident que cette constellation en elle-même ne peut déterminer l'apparition de la colite ulcéreuse, sinon tous les trois en souffriraient. Un tel vécu de la prime-enfance ne manque pas de laisser des traces dans la vie adulte de ces patients. Il influence leur caractère, comme nous l'avons décrit dans le paragraphe précédent, et leurs relations interpersonnelles, qui sont caractérisées par une forte dépendance à une figure-clé, généralement la mère, et un contact froid sans engagement affectif envers les autres, ce qui contraste avec leur forte demande d'affection et de valorisation par autrui et entraîne des frustrations à répétition. Il en résulte une mauvaise insertion sociale et de nombreux changements d'emploi. S'ils restent finalement à un poste c'est parce qu'il satisfait leur besoin de dépendance et n'exige pas trop d'initiative. Ils continuent à vivre le monde comme étant hostile, et pour pouvoir s'y intégrer ils sont obligés de maintenir et défendre une façade.

3. FACTEURS DECLENCHANTS

La fréquence décrite des facteurs psychiques ou émotionnels déclenchant des poussées de colite dépasse les possibilités d'un pur hasard. GROEN trouve dans 90 % des stress à l'origine des poussées colitiques et ENGEL décrit des cas où une situation de désespoir entraîne une poussée dans les 24 heures qui suivent.

Quelle est donc la nature du conflit qui a de telles conséquences chez des personnes prédisposées ? Pour beaucoup d'auteurs c'est la perte d'une personne aimée, souvent la figure-clé même, la perte d'un objet valorisé ou la seule menace de le perdre. Le sujet se trouve alors dans une situation où il est obligé à agir seul et d'affronter un problème qui lui paraît dépasser ses forces. Ceci est bien illustré par les malades décrits par

FREYBERGER, qui ont fait une rechute grave dans les heures ou le jour qui suivait la rupture de la relation avec leur médecin, motivée par l'annonce de ce dernier qu'ils étaient guéris et n'avaient plus besoin de lui. La particularité de l'organisation de ces malades ne fait pas seulement qu'ils tendent plus que d'autres à s'exposer à de telles situations traumatisantes, mais elle détermine en plus une réaction spécifique à cette perte d'objet : ils réagissent par une frustration profonde, qui est vécue comme une atteinte vitale et qui déclenche ou une sensation de désespoir (hopelessness and helplessness d'ENGEL) ou une forte agression qui ne peut être extériorisée mais est dirigée vers l'intérieur, tout en gardant une façade parfaitement calme.

Ce sont cette auto-agression et le désespoir profond, plus qu'une spécificité du conflit, qui semblent être les vrais facteurs déclenchants. On les retrouve chez la majorité des malades au moment d'une poussée. Si on veut résumer, on note que les colitiques ont un certain type de personnalité qui :

- 1) les met dans des situations extérieures difficiles,
- 2) les rend particulièrement vulnérables à ces situations et,
- 3) ne leur permet pas d'y faire face et de se défendre par l'action.

4. ASSOCIATIONS A D'AUTRES MANIFESTATIONS PSYCHIQUES OU SOMATIQUES

Cette question est largement discutée dans la littérature concernant la colite ulcéreuse mais les résultats des différents travaux sont loin d'être concordants. Ainsi l'accord n'est pas fait à propos de l'association de la colite et de troubles psychotiques. Les auteurs qui décrivent une incidence importante de cette association se partagent en deux groupes : ceux qui observent une alternance entre poussée colitique et troubles psychotiques (CAIN, APPEL, SCHWARTZ, GRACE) et ceux qui pensent plutôt à une symptomatologie parallèle (DANIEL, KARUSH, O'CONNOR). Pour ENGEL, qui a fait les études les plus exhaustives et les plus approfondies sur le sujet, l'incidence des troubles psychotiques est très basse, même plus basse que dans une population générale, mais quand ils apparaissent, c'est parallèlement aux symptômes de la colite.

Quant à la théorie d'une névrose coexistante chez les colitiques, ce sont surtout les auteurs allemands qui la défendent (MULLER-WIELAND, SCHULTZ-

HENCKE, SCHWIDDER, MITSCHERLICH, aussi GROEN), alors que les écoles américaines sont de l'avis qu'on ne trouve que très rarement de véritables névroses chez ces patients (ENGEL, DANIELS, O'CONNOR). Si les appréciations sur la psychopathologie des colitiques sont si divergentes, cela peut en partie être attribué aux différents critères de diagnostic et à une terminologie différente, cependant les avis sont aussi partagés en ce qui concerne la valeur "économique" de la colite par rapport à l'équilibre psychique. Pour les uns les symptômes constitueraient une valve de sécurité pour la tension psychique, théorie qu'ils fondent sur l'observation d'un bien-être émotionnel lors des crises (FENICHEL, SCHWIDDER, GRACE & COLL.) alors que ENGEL & coll. remarquent que la dépression serait toujours concomitante à la poussée colitique.

Certains symptômes somatiques coexistent aussi avec la colite. Il s'agirait de

- arthrite, PCE, RAA
- HTA, tachycardie paroxystique, syncopes
- Ménière
- Basedow
- allergies diverses
- globe oesophagien
- spasmes uréthéraux

Ces symptômes seraient tous concomitants avec la poussée.

Par contre, les symptômes suivants alterneraient avec les poussées.

- maux de tête
- désordres gastro-duodénaux
- ecéma
- métrorragie

Ces derniers sont considérés comme les équivalents d'une poussée colitique : on s'attend donc à une amélioration quand l'un d'eux apparaît au cours d'une poussée (ENGEL).

5. THEORIES PSYCHOSOMATIQUES SUR L'ETIOPATHOGENESE

Dans ce paragraphe nous tenterons de présenter les théories concernant les facteurs psychiques dans l'étiopathogénèse de la colite ulcéreuse en élucidant le processus somatique, les données neurophysiologiques et psychanalytiques. Nous soulignons qu'aucun auteur ne croit à une étiologie purement psychique de la maladie.

a) Processus somatique

L'idée est assez répandue que la peur ou l'émotion chronique produiraient des diarrhées persistantes pouvant à la longue entraîner des lésions organiques, responsables de la colite ulcéreuse. Mais cette forme de diarrhée traduit une colite muqueuse (côlon irritable) qui diffère totalement de la colite ulcéreuse dans sa symptomatologie, sa motilité du côlon, sa radiologie et son pronostic; elle n'évolue qu'exceptionnellement en colite ulcéreuse.

La diarrhée de la colite ulcéreuse par contre n'apparaît qu'à un stade relativement avancé de la maladie, alors que les premiers symptômes sont surtout l'hémorragie, une constipation tenace ou des ténèsmes, se greffant souvent sur un fond de constipation chronique. Les premières altérations à la sigmoïdoscopie sont des pétéchies diffuses, accompagnées de sécrétions de mucus épais, puis l'apparition d'un oedème et d'une hyperémie de la muqueuse évoluant vers l'ulcération et des décharges mucopurulentes.

L'histologie au début de l'évolution montre une vasculite avec thrombose et infiltrations périvasculaires ainsi que des abcès cryptiques dans la muqueuse et la sous-muqueuse; l'hypertrophie de la muscularis mucosae n'apparaît pas au début et semble être une conséquence d'un spasme réflexe, qui se fait dans la région de la muqueuse lésée.

On voit que le début de la maladie n'est donc pas motivé par une altération de la fonction globale du côlon, mais qu'il s'agit au contraire d'une lésion localisée dans la muqueuse et la sous-muqueuse, touchant une partie plus ou moins importante du côlon ou même du iléon. Cette lésion correspond d'une part aux altérations induites par un changement de la flore bactérienne du côlon (des lésions identiques sont produites par l'injection du diplocoque de BARGEN et par l'effet local de la chloromycétine sur la flore) et d'autre part à des phénomènes d'hypersensibilité. Une recherche étiopathogénétique serait donc concluante, si l'on arrivait à démontrer un enchaînement de mécanismes qui aboutiraient finalement à une altération de la réactivité cellulaire au niveau de la muqueuse et de la sous-muqueuse du côlon. Mais ni les gastro-entérologues ni les psychosomaticiens en sont arrivés là.

b) Etudes neuro-physiologiques

En provoquant des perturbations fonctionnelles de l'activité nerveuse supérieure, l'expérimentation est arrivée à créer des lésions viscérales

analogues à celles de la colite ulcéreuse. Ces lésions ont été créées par LIVINGSTONE et FRENCH en stimulant des électrodes implantés dans l'hypothalamus du chien et par KELLER en détruisant focalement des parties de l'hypothalamus. Elles ont également pu être causées par l'administration prolongée de parasymphaticomimétiques d'une part, et en créant des spasmes de la musculature lisse d'autre part.

Les anus praeter thérapeutiques permettent d'observer directement le comportement de la muqueuse colique. GRACE, WOLFF et GROEN ont décrit le comportement de la muqueuse dans des situations différentes : dans une situation où le malade a peur et se sent rejeté, ils ont noté un arrêt de la motilité, une diminution de la sécrétion de mucus et une pâleur de la muqueuse. L'agressivité par contre se traduit par une augmentation des contractions, une forte décharge de mucosité contenant une grande concentration de lysozymes, alors que la muqueuse est rouge et oedématiée. Si la réaction agressive persiste longtemps, ils notent une fragilité augmentée de la muqueuse, l'apparition de pétéchies et même des ulcérations et des hémorragies.

c) Données psychanalytiques

Les traitements analytiques des colitiques révèlent un arrêt précoce de la maturation émotionnelle, avec fixation orale ou anale. Des troubles précoces de la relation mère-enfant sont incriminés. Le comportement des mères des colitiques dont on souligne les composantes obsessionnelles, détermine chez l'enfant des réactions pathologiques. En face d'une mère peu sécurisante, changeante et peu affectueuse l'enfant procède à l'introjection de cette mère, avec tous ses problèmes et conflits, pour s'en assurer. Lorsque l'attitude de la mère est particulièrement exigeante envers l'enfant, ce dernier obtiendra le plus facilement des gratifications en étant très propre et obéissant, ce qui peut faciliter des fixations anales. Ces données psychodynamiques ont motivé les spéculations les plus diverses quant au contenu symbolique des symptômes.

SPERLING, MUSHATT et en partie ALEXANDER interprètent les selles et le sang comme une expression de la mauvaise mère introjectée, ainsi agressée par le patient, dévalorisée et éjectée. Mais ces interprétations sont peu convaincantes : en effet la diarrhée et le sang sont des manifestations tout à fait secondaires à une lésion de la muqueuse. Si l'on voulait établir un lien entre des données analytiques et un symptôme, c'est plutôt la constipation qui devrait être valorisée comme l'expression

d'une attitude anale-retentive : c'est du moins l'avis de la plupart des auteurs allemands. SZASZ et SULLIVAN postulent l'existence d'un lien entre l'arrêt de la maturation émotionnelle à un stade archaïque et le fonctionnement du système neuro-végétatif, en attribuant à l'hyperactivité du système parasympathique la signification d'une oralité importante. Cette hyperactivité entraînerait des réflexes gastro-côliques augmentés avec un pouvoir digestif trop fort pour la muqueuse côlique, qui serait attaquée par le contenu. Pour SCHWIDDER, l'élément traumatisant principal dans le vécu de l'enfant est la non-acceptation des besoins primitifs, oraux et anaux. Le refoulement chronique de ces besoins correspond à la situation expérimentale de la pseudo-alimentation du chien ayant une fistule oesophagienne. Ces patients sont chroniquement "affamés" d'affection et de besoin d'affirmation, et voient dans tous les contacts une possibilité de satisfaire ces besoins (= pseudo-alimentation), sans pouvoir pourtant y accéder à cause de leurs inhibitions et leur propre dévalorisation. Ils font alors des ulcérations dans leur tube digestif comme les chiens frustrés par la situation expérimentale. Le mécanisme incriminé est aussi une hyperactivité du système parasympathique qui, pour SCHELLAK entraîne, d'une part un spasme de la musculature lisse avec compression des vaisseaux sanguins, et d'autre part, une sécrétion accrue de ferments mucolytiques. Ce schéma tend à expliquer les ulcérations qui se font n'importe où dans le tube digestif, et laisse ouverte la question de la localisation. C'est KEMPER qui fournit une théorie expliquant le choix de l'organe. Pour lui, toute pulsion est accompagnée de microactions qui, si elles étaient plus fortes, permettraient la réalisation de cette pulsion. Si les pulsions ne sont pas reconnues comme telles, elles restent actives, les microactions spécifiques deviennent persistantes et peuvent entraîner des altérations organiques. Le désir spécifique entraînant une augmentation du tonus du côlon est celui de posséder, de retenir, de garder pour soi. Rappelons dans ce contexte la constipation précédant si souvent l'apparition de la colite ulcéreuse.

Les données psychanalytiques prennent toute une autre signification dans les travaux d'ENGEL. Pour lui le vécu de la relation mère-enfant décrite plus haut aurait un double impact sur les réactions des patients. D'une

part, ils sont bien plus vulnérables à toute menace de rupture avec leur mère ou ses substituts à cause de leur extrême dépendance et sensibilité, et d'autre part, comme ils n'ont pas appris à extérioriser leurs affects, ils ne peuvent réagir à une telle séparation - réelle ou imaginaire - par le deuil, ce qui serait la réaction normale; ils réagissent alors par un sentiment de désespoir, ce qui est l'expression d'une désorganisation affective très profonde (SCHMALE) et peut également entraîner des dérèglements organiques. ENGEL a pu montrer que des enfants se trouvant dans une telle situation de désespoir ne répondaient plus à une stimulation à l'histamine comme ils pouvaient le faire en dehors de cette situation. Ce sentiment de désespoir entraînerait donc une altération des réactions biochimiques dans de différents tissus, dont la muqueuse du côlon, qui perdrait ainsi ses moyens de défense contre des agents normalement non-pathogènes (bactéries, aliments, enzymes.....). Cette réaction aurait lieu dans le côlon plutôt que dans un autre tissu pour des raisons d'ordre biologique (défaut métabolique ou enzymatique, réaction allergique ou vasculaire...). Si cette théorie n'élucide nullement la relation entre l'affect et le dérèglement cellulaire, elle nous paraît par contre réaliste parce qu'elle tient compte aussi du processus somatique.

En résumé, trois conditions doivent donc être remplies pour qu'une colite ulcéreuse puisse se déclarer :

- 1) une organisation psychologique particulière
- 2) une situation extérieure déclenchante
- 3) un facteur biologique, constitutionnel et/ou exogène

6. PSYCHOTHERAPIE

Elle semble indispensable et a pour but de repérer l'abandon et remplacer la relation que le malade a perdue avec sa mère. Le malade est ainsi rendu moins vulnérable face aux situations déclenchantes. Il pourra aussi établir des contacts avec d'autres personnes tout en supportant leur perte éventuelle.

La psychothérapie comporte donc deux étapes; la première étape consiste en une relation médecin-malade du type anaclitique. Celle-ci peut remplacer la relation malade-mère (ou substitut maternel) menacée. Elle fournit au

malade un nouveau lien objectal valable. Il ne se sent plus abandonné et, au contraire, son besoin de dépendance est satisfait. En pratique, cela exige du médecin une prise en charge complète du malade avec, par exemple, des visites annoncées et, en cas de nécessité, décommandées. Le malade doit savoir que son médecin est toujours atteignable, qu'il peut entrer immédiatement à l'hôpital quand cela est nécessaire, et qu'il y retrouvera un personnel compréhensif. Les signes de guérison ne doivent pas être accompagnés d'une menace d'abandon de la part du médecin.

A la suite d'un tel traitement anaclitique, qui peut être offert également par des non-psychothérapeutes, des améliorations spectaculaires ont été décrites dans des cas graves (GROEN, ENGEL, JORES, DANIELS, MOHR, GRACE). La deuxième phase de la psychothérapie a pour but de renforcer le Moi du patient. La technique psychothérapique utilisée variera en fonction de la force du Moi du patient : les patients dépendants, à type de relation symbiotique, bénéficieront d'une psychothérapie de soutien, alors que les patients actifs, bien individués, capables d'introspection et susceptibles de supporter l'interprétation (une minorité des patients) bénéficieront d'un traitement analytique.

Dans la thérapie de soutien il s'agit d'encourager les patients, de louer leurs qualités intérieures (propreté, moralité ...), de prendre parti pour eux dans leurs conflits et même d'influencer leur entourage pour qu'il soit plus tolérant à leur égard. Il faut accepter leur besoin affectif et se montrer compréhensif et fort, plus fort que la figure-clé, sans prendre toutefois une attitude punitive envers cette dernière. On tâche aussi de leur rendre la confiance en eux-mêmes. Pour cela JORES propose qu'on les fasse faire eux-mêmes les instillations rectales au Bétnésol et qu'on ne leur prescrive pas un régime strict. Au contraire, si on les encourage à manger ce dont ils ont envie, l'amélioration clinique serait bien plus rapide du fait qu'ils se sentent moins malades. Il est évident qu'avec ce type de traitement on ne peut s'attendre à un changement profond de leur psychisme; par contre il leur offre une meilleure adaptation aux exigences quotidiennes et plus de confort dans la vie, ce qui diminuera les symptômes somatiques d'une façon objective et subjective. GROEN est arrivé à un résultat comparable aux meilleurs résultats des gastro-entérologues en utilisant chez 29 malades la psychothérapie de soutien sans aucune administration de médicament.

Cependant aucun auteur ne propose la seule psychothérapie. Le meilleur traitement consisterait en une combinaison de la psychothérapie avec une thérapie somatique. Par contre, l'élément décisif pour prévenir les rechutes et garantir des rémissions durables serait la psychothérapie analytique (WEINSTOCK), malgré les accidents somatiques qui peuvent apparaître au cours d'un tel traitement. Cette rechute somatique ne justifie pas l'arrêt du traitement si le thérapeute a prévenu le malade de ce danger et reste maître de la situation.

La mesure la plus futuriste mais aussi la plus radicale a été évoquée par MOHR : aider prophylactiquement les jeunes mères ayant eu elles-mêmes des problèmes avec une mère froide....

7. PRONOSTIC

C'est en comparant l'évolution des malades traités par les différents auteurs qu'on se rend compte de l'efficacité de la psychothérapie. Bien que les différents pronostics sont difficilement comparables (les critères d'évaluation du cours de la maladie et le temps d'observation sont différents) les psychothérapeutes ont une impression beaucoup plus optimiste que les gastro-entérologues sur le résultat de leur traitement. Le tableau suivant (tab. I) illustre ces divergences.

TABLÉAU I

Résultats du thérapeutique des gastro-entérologues (A)
comparés à ceux des psychothérapeutes (B) :

Auteur	nombre de cas	temps d'observation en années	rémissions complètes et durables en %	bonne amélioration en %	pas d'amélioration en %	rechutes graves, colectomie, mort en %
A Flood & coll.	113	1-3½	5	15	54	26
Crohn	2500	10-15	1	?	?	?
Hauch	résume les notions de 1960		14	?	?	16
Bockus	?	3	5	5	44	46
B Daniels	49	?	8	54	14	0
Karush & coll.	30	1-11	24	?	30	0
Freyberger	35	5	68	?	?	17
Jores	90	?	?	?	?	0
-psychothérapie	14	3-18	84	?	?	0
-psychanalyse	14	3-16	71	7	22	0

L'effet de la psychothérapie consiste, pour DANIELS, surtout en une augmentation du nombre des rémissions complètes et durables et une diminution de l'indication opératoire, sans pourtant beaucoup influencer la mortalité.

O'CONNOR, KARUSH & coll. notent une forte différence dans la réponse au traitement selon le diagnostic psychiatrique : les malades psychotiques sont plus difficiles à influencer dans leur symptomatologie somatique que les malades non-psychotiques.

E N Q U E T E

I. MATERIEL ET METHODE

L'étude inclut tous les cas de colite ulcéreuse traités durant les dix dernières années à la Clinique Médicale Thérapeutique de l'Hôpital Cantonal de Genève* et dont le diagnostic était confirmé par la radiologie et l'histologie. Nous avons réuni ainsi les dossiers de 22 malades dont nous pouvions obtenir la catamèse.

Un deuxième groupe de 3 malades nous a été signalé par la Polyclinique de Psychiatrie (Dr. A. Gunn-Séchéhaye).

Parmi les 22 trouvés dans le service de médecine, certains sont connus également de la Polyclinique de Psychiatrie.

Dans un premier temps nous avons étudié les dossiers de ces 25 malades pour apprécier l'évolution de la maladie avant la première hospitalisation et la sévérité de la crise qui justifiait cette mesure. Les critères d'après lesquels nous évaluons cette crise sont les suivants :

- durée de l'hospitalisation
- mode de début de la crise
- nombre de selles par jour
- amaigrissement
- hématokrite
- protéines sanguines
- étendue anatomique
- traitement
- complications / autres manifestations somatiques
- évaluation psychiatrique

Dans un second temps nous avons contacté personnellement les malades. Nous

* Nous remercions les Professeurs Mach et Courvoisier d'avoir bien voulu

les convoquions à l'hôpital ou nous leur rendions visite à leur domicile. Avec chacun d'eux nous avons eu un entretien d'une heure et demie ou deux heures, nous intéressant tout d'abord à l'évolution de leurs symptômes somatiques depuis la sortie de l'hôpital. Une fois un bon contact établi l'entretien devenait libre. Nous tâchions d'obtenir des renseignements sur leurs relations avec les parents, sur leur caractère, les circonstances dans lesquelles les poussées se déclarèrent, leur vie affective, leur mode de relation avec autrui, leur position socio-économique et professionnelle et leurs problèmes psychologiques. Pour ces derniers nous tâchions de savoir s'ils avaient existé déjà avant l'apparition de la maladie, quelle était leur relation avec les poussées colitiques et quelle était leur évolution. Nous nous intéressions également à la relation que maintenaient les malades avec leur médecin. Nous utilisions une carte personnelle pour chaque malade contenant les mêmes questions auxquelles nous répondions tout de suite après chaque interview. C'est dans trois cas que nous n'avons pu obtenir une interview personnelle avec les malades (No 19, 23, 24) mais où, par correspondance avec eux et leur médecin, nous nous jugeons suffisamment bien informés pour utiliser les renseignements dans notre étude. Deux autres malades sont morts, l'un de la maladie et ses complications (No 4) et une autre par suicide (No 25). L'épouse et le médecin du cas No 4 nous ont fourni tous les renseignements voulus; dans le cas No 25, nous avons des renseignements incomplets, basés uniquement sur les dossiers.

II. RESULTATS ET DEPOUILLEMENT

A) Les patients : sexe, âge, état-civil.

L'enquête se porte sur 15 hommes et 10 femmes.

De ces 15 hommes, 8 sont mariés, 4 célibataires et 3 divorcés, dont un s'est remarié.

Parmi les 10 femmes, 6 sont mariées, 2 célibataires et 2 divorcées, dont une remariée.

L'âge moyen du groupe est de 45 ans (42 chez les femmes, 47 chez les hommes) avec les extrêmes de 28 et 66 ans. On note une concentration de cas autour de 30, 35 et 60 ans.

B) Début de la colite.

Age au début : Il varie entre 13 et 57 ans, avec une distribution assez régulière entre ces deux extrêmes : on ne note que de faibles concentrations autour de 25, 30 et 45 ans. Les femmes étaient plus jeunes au début de leur maladie que les hommes : âge moyen 30 ans pour les femmes et 37 ans pour les hommes. Une seule femme avait plus de 40 ans alors que 8 hommes dépassaient cet âge.

Durée de la période d'observation : Les renseignements obtenus nous permettent de juger une durée d'évolution de la maladie variant entre 2 et 32 ans, le temps moyen d'évolution étant de 10 ans 8 mois.

Age au moment du diagnostic : Pour 8 patients la première crise a déjà permis de poser le diagnostic exact, alors que d'autres n'ont pas été diagnostiqués pendant 20 et 22 ans d'évolution. Le diagnostic a été posé 5 ans et demi après la déclaration de la maladie en moyenne.

Premiers symptômes : La maladie s'est manifestée la première fois par 4 symptômes différents :

- perte de sang frais chez 13,
- diarrhée non sanglante chez 8,
- constipation sans perte de sang chez 2,
- ténèsmes comme symptôme principal chez 2 malades.

Le début par perte de sang frais se trouve surtout chez les hommes :

20 hommes et 3 femmes ont commencé ainsi. Ce symptôme semble plus fréquent lorsque la maladie a un début tardif. Sur 9 malades âgés de plus de 40 ans, 6 ont eu comme première manifestation une perte de sang frais.

Evolution antérieure à l'hospitalisation :

Pour apprécier cette évolution, nous nous sommes basés sur des renseignements que les dossiers ou les malades ont pu nous fournir dans la plupart des cas, et que nous avons interprétés ainsi :

Evolution

- bénigne : une poussée colitique ou moins en 3 ans
- modérée : 2 poussées ou moins par an
- grave : plus que 2 poussées par an.

Dans 8 cas, la première poussée a déjà motivé l'hospitalisation, et dans un cas (No 25), nous ignorons les détails de cette évolution.

Chez les 16 cas restants, nous avons trouvé 7 évolutions graves, 7 modérées et 2 bénignes.

Le moment du diagnostic exact par rapport au début de la maladie - et donc

l'effet sur le cours de la maladie.

Dans deux cas (No 7 et 15) le cours de la maladie montre une amélioration spontanée après 2 ans d'évolution modérée ou grave.

C) Première hospitalisation

Le dossier du cas No 14 ayant été égaré, l'étude concerne 24 cas seulement.

Sévérité de la poussée ayant motivé l'hospitalisation

Son évaluation est expliquée dans le tableau suivant

sévérité	grave	modérée	bénigne
perte de poids par semaine	> 2 kg	> 1 kg	< 1 kg
hématocrite	< 30	< 37	> 37
protéines sanguines	< 50	< 60	> 60
nombre de cas	4	6	14

Ni l'âge de l'apparition de la maladie, ni sa façon de débiter, ni l'évolution antérieure ont eu une influence sur la sévérité de la crise. Comme la sévérité de cette crise n'est qu'une expression momentanée de la maladie nous n'en tenons compte pour juger la gravité de la maladie que dans les cas où une évolution antérieure manque. Jugée ainsi, la maladie était plus sévère chez les femmes (7 cas graves sur 10 femmes) que chez les hommes (3 cas graves sur 14 hommes).

Extension anatomique de la lésion :

- côlon entier touché dans 6 cas
- lésion remontant du rectum jusqu'au côlon transverse dans 7 cas
- lésion remontant du rectum au côlon descendant dans 5 cas
- recto-sigmoïde touché uniquement dans 6 cas

Des 10 cas classés de graves, 5 ont le côlon entier touché, 3 à partir du

atteints au sigmoïde, 1 au descendant et 1 au transverse.

Sur les 10 femmes de l'enquête, 5 ont une atteinte du côlon entier alors qu'un seul homme a une lésion aussi étendue; les autres femmes sont touchées au transverse (3) et au descendant (2).

L'atteinte clinique et anatomique est bien plus sévère chez les femmes de notre enquête.

Traitement : Nous avons fait la distinction entre trois groupes de traitements qu'ont reçu les malades lors de leur première hospitalisation.

- traitement chirurgical, colectomie avec iléostomie, dans 4 cas, qui ont tous eu une évolution antérieure ou une première crise d'emblée grave. Notons qu'il s'agit de 3 femmes et d'un homme.
- administration de ACTH ou de cortisone par voie générale, dans 7 cas
- autre traitement médical, Salazopyrine, lavements cortisoniques, régime, dans 13 cas.

Symptômes concomitants à l'hospitalisation : Pendant l'hospitalisation les malades souffraient, en dehors de la colite, des troubles suivants (dans l'ordre de fréquence) :

- douleurs articulaires, 10 cas
- éruptions cutanées, 7 cas
- maux de tête marqués, 7 cas
- vomissements, 5 cas
- douleurs du type ulcère gastrique, 5 cas
- manifestations allergiques, 2 cas
- aménorrhée secondaire, 2 cas, déjà antérieure à l'hospitalisation
- précordialgies, 2 cas
- hypertension artérielle, 2 cas
- douleurs hépatiques ou vésiculaires, 2 cas
- thrombophlébite, 1 cas
- dysurie, 1 cas
- vertiges, 1 cas
- signes cliniques d'hyperthyroïdie, 1 cas

Les 7 cas de céphalées sont associés à des arthralgies dans 6 cas; nous ne notons pas d'autres associations de symptômes évoquant une autre raison que le hasard. Les malades ayant montré plusieurs de ces manifestations à la fois ne se ressemblent pas par ailleurs.

Évaluation de l'état psychique : Nous nous sommes intéressés de savoir chez combien de malades on avait signalé, dans le dossier, une particularité de l'état psychique ou pour lesquels on avait demandé un examen psychiatrique. Il n'y avait que trois dossiers où toute évaluation de l'état psychique faisait défaut, dans 8 cas l'interne avait remarqué une anxiété, nervosité ou un état de tension; 13 de nos malades ont été vus par un psychiatre de l'hôpital lors de leur premier séjour.

Si les critères sus-mentionnés ont été recueillis dans des dossiers, c'est dans des interviews personnels avec les malades que nous avons obtenu les renseignements suivants. Nous nous rendons bien compte de la subjectivité de tous ces renseignements, leur contenu étant influencé et par le pouvoir d'introspection des malades et par leur volonté ou leur possibilité de communiquer avec le médecin.

D. Passé psychologique et traits de caractère

Bilan psychiatrique antérieur à l'apparition de la colite ulcéreuse :

17 patients ont eu des problèmes psychologiques déjà avant l'apparition de la colite; il s'agissait de dépressions, d'angoisses, de phobies ou de troubles relationnels.

Nous remarquons une corrélation entre un passé problématique et l'âge d'apparition de la maladie : chez 7 (6 hommes et 1 femme) des 8 malades qui semblent avoir vécu sans problèmes psychologiques antérieurs, la maladie s'est déclarée après l'âge de 40 ans (un groupe d'âge dont nous avons 10 cas seulement dans notre étude). Le huitième, qui avait 26 ans, nous a frappé lors de l'entretien par sa forte tendance à annuler ses problèmes, de la sorte qu'on peut douter des renseignements qu'il nous donne sur son passé.

Il ne semble pas y avoir de corrélation entre la présence de troubles psychologiques antérieurs et la gravité de la maladie.

Relation avec les parents : Nous avons fait 4 groupes pour évaluer cette relation :

- ménage parental apparemment valable avec une bonne relation du patient avec ses parents, 8 cas
- "broken-home-situation", 9 cas
- une mère très dominante, 2 cas
- attachement excessif à la mère, 5 cas, dont 4 hommes

La situation de "broken home" (parents divorcés, un parent alcoolique, enfant placé chez différentes personnes) semble favoriser l'apparition de troubles psychologiques (dans 8 cas) et un début précoce de la colite (7 cas en dessous de 40 ans).

Dépendance d'une figure-clé :

Ce critère a été introduit dans notre étude, car la plupart des auteurs décrivant les particularités du caractère des colitiques y attribuent une grande importance.

Chez 9 de nos patients nous avons constaté une dépendance marquée actuelle, la figure-clé étant leur mère dans 5 cas, l'épouse dans 2 cas, une fois une tante et une fois une grand'mère, ces deux dernières ayant assuré en partie le rôle de la mère dans l'enfance des patients. Tous les 9 ont eu des problèmes psychologiques dans leur passé. Un seul patient fait état de relations valables avec ses parents.

Facteurs déclenchants :

Dans 11 cas une situation extérieure ressentie comme difficile coïncidait avec l'apparition de la maladie. Ces situations étaient les suivantes :

- les fiançailles (cas No 9)
- le mariage (cas No 13)
- la décision d'avoir un enfant : arrêt de la pilule (cas No 24)
- une rupture des fiançailles (cas No 10)
- le divorce (cas No 3 et 5)
- la mort d'un parent (cas No 1)
- l'apparition de nouvelles responsabilités (cas No 15)
- un changement d'emploi (cas No 17 et 20)
- le déménagement dans une autre ville (cas No 11)

Chez ces 11 patients coexistent 9 fois des troubles psychologiques antérieurs et 9 fois aussi chez les mêmes malades sauf un, une apparition précoce de la maladie. On remarque 7 fois une dépendance d'une figure-clé.

Il n'y a pas de corrélation entre la gravité de la maladie et la notion d'un facteur déclenchant.

Intelligence :

D'après notre impression subjective, nous avons classé les malades dans 3 groupes :

- intelligence supérieure : 8 cas
- intelligence moyenne : 12 cas
- intelligence inférieure : 3 cas

Deux cas que nous n'avons pas vus personnellement n'ont pas pu être évalués. Il n'existe aucune corrélation entre l'intelligence et les critères discutés jusqu'ici.

Agressivité :

Pour l'évaluer, nous nous sommes basés sur leur manière d'établir un contact avec nous et sur la description de leur relation interpersonnelle. Une forte majorité, c'est-à-dire 17 des 24 patients évalués pour ce critère, manifestaient une forte agressivité refoulée. Quatre patientes, toutes des femmes, font preuve de peu d'agressivité et celle-ci est refoulée. Dans deux cas nous avons trouvé une forte agressivité vécue et exprimée. Un cas n'a pas pu être évalué.

Il n'y a pas corrélation entre l'agressivité et les critères précédents.

Traits obsessionnels :

Chez 22 patients existe une méticulosité excessive, un cours de pensée du type opératoire, une rigidité du caractère et de grandes exigences vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur entourage. La plupart d'entre eux étaient fiers de leur sens de l'ordre, de leur propreté et de leur haute moralité.

Susceptibilité :

Les 23 patients que nous avons pu juger sur ce point sont susceptibles, facilement vulnérables et exigent beaucoup d'égard de la part de leur entourage.

Ambitions :

Sur les 23 cas évalués pour ce critère, 15 ne sont pas ambitieux dans le domaine professionnel et économique et se contentent de peu. Ils se montrent plutôt dépendants à ce point de vue.

En ce qui concerne les 8 patients qui sont ambitieux, notons qu'ils sont

plus intelligente que la moyenne des cas de l'étude (intelligence supérieure dans 5 cas et moyenne dans 3 cas), que 2 seulement sont dépendants d'une figure-clé et que tous ont une forte agressivité refoulée.

Authenticité :

Avec ce critère nous voulons traduire l'impression personnelle que nous avons eue après chaque interview quant à la collaboration du malade, sa volonté de communiquer avec nous ou, au contraire, son besoin de garder une certaine façade. Dix patients nous paraissaient authentiques et dix autres garder une façade. Cinq autres cas n'ont pas pu être évalués. L'inauthenticité s'accompagne dans 9 cas d'une forte agressivité refoulée.

E. Evolution du processus somatique depuis la première hospitalisation

Durée d'observation :

Depuis la première hospitalisation elle varie entre 17 et 116 mois avec une durée moyenne de 4 ans et demi.

Gravité de l'évolution :

Afin de pouvoir comparer l'évolution de la colite depuis l'hospitalisation avec l'évolution antérieure, nous qualifions la fréquence des rechutes de la même manière que nous avons fait dans le paragraphe 7 :

- "guérison" : plus de poussée depuis l'hospitalisation avec une rémission complète
- évolution bénigne : une poussée ou moins en 3 ans
- modérée : deux poussées ou moins par an
- grave : plus que deux poussées par an.

Les cas nécessitant une colectomie dans leur évolution sont d'emblée classés comme graves.

Nous excluons de cette comparaison 3 cas colectomisés à la première hospitalisation car chez eux on ne peut plus parler de rechutes et de rémissions, mais nous y incluons un quatrième (No 4), également colectomisé, mais dont le processus ulcérant est remonté sur l'iléon terminal, préalablement sain, et chez lequel les desordres intestinaux résultant de cette extension de la maladie d'une part et de la colectomie d'autre part ont causé la mort quatre ans après l'intervention.

Deux cas (No 14 et 19) ont montré une évolution en deux temps : après l'hospitalisation elle était d'abord modérée (No 14) et grave respectivement

(No 19) pour se transformer ensuite en rémission complète qui dure depuis 3 ans maintenant

Sur les 22 cas évalués nous trouvions 7 "guérisons", si nous incluons les deux cas (No 14 et 19) que nous venons de citer, avec des rémissions durant entre 30 et 76 mois et une durée moyenne de 51 mois, 2 évolutions bénignes, 3 modérées et 10 graves.

Ceci correspond à une aggravation du cours de la maladie dans 10 cas, à une amélioration dans 7 cas et à une constance de la gravité dans 5 cas. Il n'y a pas une corrélation frappante entre les critères discutés jusqu'ici et l'évolution de la maladie. Les formes localisées au rectosigmoïde, qui étaient d'emblée moins sévères que les autres formes le sont toujours; cependant le degré d'aggravation ou d'amélioration est tout à fait comparable aux autres localisations. La seule relation qu'on peut relever est le fait que sur les 7 cas qui ont signalé un ménage parental valable, 6 ont fait une aggravation de la maladie.

Les trois cas ayant fait une amélioration spectaculaire d'un état antérieur grave à une rémission complète et durable (No 8, 11, 15) ont en commun d'être ambitieux.

Durée des rémissions :

Depuis qu'ils ont quitté l'hôpital, les 22 patients non-opérés ont eu des rémissions durant en moyenne 28 mois avec des extrêmes de 76 mois (No 20) et zéro mois (No 17). Ce dernier patient a toujours du sang frais dans ses selles muqueuses et diarrhéiques.

Importance subjectivement attribuée à la colite :

Pour 9 patients la colite est un grand handicap qui les limite très nettement dans la possibilité de vivre leur vie :

De ces 9, 4 sont colectomisés, 4 ont une forme grave de colite et une forme modérée.

Si nous comparons ce groupe aux cinq autres malades de l'étude qui ont également une forme grave ou qui ont subi une colectomie sans pourtant se sentir handicapés, nous constatons que les patients subjectivement handicapés par la maladie ont presque tous (7 fois sur 9) des problèmes psychologiques antérieurs, des problèmes avec leurs parents (2 patients seulement ont eu une relation valable) et qu'ils ont une intelligence

supérieure à la moyenne de notre étude (5 supérieure, 3 moyenne, 1 non-évaluée). Chez les 5 patients qui semblent mieux supporter leur maladie, 1 seul a des problèmes psychologiques intérieurs et 1 des perturbations relationnelles avec ses parents.

Autres manifestations organiques pendant l'évolution: leurs correlations avec les poussées colitiques :

Nous avons utilisé, pour décrire ces manifestations, les mêmes signes qu'au paragraphe 11. Dans les cas où une relation temporelle existe avec les poussées colitiques et si le trouble apparaît en même temps que les poussées nous le signalons par P, et par A si le trouble se manifeste d'une façon constante en dehors des poussées, les remplace ou est remplacé par elles (alternance).

Dans l'ordre des fréquences nous avons trouvé :

- céphalées : 12 cas, dont 7 A et 1 P
- précordialgies : 8 cas
- arthralgies : 7 cas, dont 2 A et 1 P
- dysurie : 3 cas, dont 1 A
- douleur hépatique ou vésiculaire : 3 cas dont un A
- dysparéunie : 3 cas, une fois associé au symptôme suivant
- aménorrhée secondaire : 2 cas
- vertiges : 2 cas
- signes cliniques d'hyperthyroïdie : 2 cas, dont une maladie de Basedow (No 18) évoluant depuis 15 ans, et un autre cas (No 13) montrant tous les signes cliniques sans notions de résultats paracliniques
- thrombophlébite : 1 cas
- névrite : 1 cas
- éruption cutanée: 1 cas
- vomissements répétés : 1 cas
- douleurs du type ulcère gastrique : 1 cas

Comparé aux manifestations cliniques pendant la première hospitalisation, l'évolution montre une forte disparition des troubles gastro-intestinaux (vomissements, douleurs) dans 8 cas, des éruptions cutanées dans 6 cas et des manifestations allergiques dans les 3 cas où elles avaient existé avant. Chez 5 malades, qui ont tous moins de 45 ans et chez lesquels la maladie restait grave ou allait en s'aggravant apparaissent des céphalées. Six autres

malades dont 5 âgés de plus de 45 ans souffrent de précordialgies d'apparition récente.

F. Troubles Psychologiques

Nervosité :

Deux patients seulement nous paraissaient calmes et détendus. Tous les autres faisaient preuve d'une nervosité marquée, qui se manifestait dans leur façon de parler, leurs gestes et par un état de tension. Elle s'accompagnait de troubles du sommeil et d'une grande fatiguabilité. Tous étaient conscients de leur nervosité.

Angoisse :

Par contre six cas seulement souffrent d'angoisse. Les autres malades nous frappent au contraire souvent par leur insouciance et indifférence vis-à-vis de leur état grave et de leurs difficultés importantes avec l'entourage. Les angoissés ne constituent pas un groupe à part quant à la gravité de la colite, leur vécu ou leur caractère.

Phobies :

Six de nos malades ont des phobies caractérisées (claustrophobie, phobie de la foule, phobies sexuelles). Ce symptôme existe quatre fois chez des malades avec une atteinte somatique grave, deux fois chez des patients avec une atteinte modérée ou bénigne. Dans le passé de ces phobiques on trouve toujours des problèmes psychologiques et relationnels.

Dépression :

18 patients étaient dépressifs lors de notre entretien ou évoquaient des crises dépressives récentes. Chez 9 de ces patients la dépression s'était déjà manifestée avant l'apparition de la colite; chez les autres elle ne semble pas en relation avec celle-ci, sauf chez 3 patients où elle s'est installée après la colectomie.

Les 5 patients colectomisés souffrent d'une dépression très marquée.

Ils acceptent tous mal leur anus praeter; deux patientes (No 10 et 24) ont des idées suicidaires depuis la colectomie, une troisième (No 25) a fait deux tentatives de suicide, dont la dernière fatale. Par ailleurs, l'existence de la dépression n'est pas en relation avec la gravité de la colite, mais tous ceux qui la ressentent comme un handicap, sont dépressifs.

Autres troubles psychologiques :

Deux de nos patients manifestent des troubles du type psychotique. Chez une patiente (No 1), il s'agit d'un délire interprétatif et paranoïde qui alterne avec la symptomatologie colitique : lorsqu'elle est atteinte par une poussée de colite, elle est sociable alors qu'elle reste isolée chez elle pendant les rémissions.

Le deuxième cas (No 15) fait des poussées de délire mystique et mégalo-maniaque pour lesquelles il a été hospitalisé à plusieurs reprises. Depuis l'apparition de ces poussées psychotiques il n'a plus souffert de la colite.

Trois malades montrent une symptomatologie obsessionnelle qui se manifeste dans deux cas par des rituels modifiant le déroulement de la vie quotidienne (No 6 et 24); chez le troisième (No 9), il persiste la conviction qu'il infecte et reinfecte sa femme avec une ancienne blénnorragie dont il sait qu'il est guéri, mais qui lui causerait encore une dysurie. Deux patients font des crises hystériques typiques, deux autres sont des hypochondriaques et un dernier a un tic facial marqué.

Pour tous ces troubles psychiques (nervosité, angoisse, phobies, dépressions et autres) nous n'avons pu constater aucune relation temporelle avec des poussées colitiques, sauf pour l'alternance déjà mentionnée dans les deux cas de psychoses.

Sur les 10 cas avec une symptomatologie névrotique (obsessionnelle, phobique, hystérique, hypochondrie, tics), l'évolution somatique a montré une aggravation dans 7 cas, un huitième cas était grave d'emblée; chez les deux autres les symptômes organiques ont disparu.

Contact avec des psychiatres :

16 patients ont été vus par un psychiatre, dont 12 lors de leurs séjours pour la colite ulcéreuse à l'hôpital; 4 patients ont vu un psychiatre aussi en dehors de l'hôpital pour d'autres troubles que la colite : l'un d'eux pour un état délirant (No 15) traité à plusieurs reprises dans un hôpital psychiatrique et trois pour des dépressions, traités par des psychiatres en ville. Aucun des 12 patients vus par un psychiatre à l'hôpital pour leur colite n'a reçu une psychothérapie dépassant la durée de l'hospitalisation. Les 4 cas ayant reçu une psychothérapie prolongée ont fait l'évolution suivante de leur colite;

Deux cas (No 11 et 15) ayant souffert d'une forme grave sont en rémission complète depuis 54 et 30 mois respectivement, le troisième (No 21) avait, et a encore une forme bénigne avec des rémissions complètes durant 21 mois en moyenne.

La quatrième malade (No 25) ne peut être évaluée, car chez elle la psychothérapie n'a débuté qu'après la colectomie.

Sur les 12 malades où une visite par le psychiatre à l'hôpital était indiquée, 9 ont eu des problèmes psychologiques dans leur passé, 10 sont actuellement dépressifs et 7 ont une forme grave de colite.

Médicaments psychotropes :

18 des patients prennent d'une façon chronique des médicaments psychotropes. Il s'agit surtout d'antidépresseurs et de tranquillisants mineurs; 4 seulement prennent des neuroleptiques. 15 de ces patients sont actuellement déprimés.

G. Relations avec l'entourage

Troubles relationnels :

Seize de nos malades ont des troubles relationnels. Ils se sentent isolés, seuls ou à deux, et ils ont des difficultés à établir et maintenir des contacts.

Ils constituent un groupe où l'on trouve tous les degrés de gravité de l'atteinte somatique. Par ailleurs, 12 sont dépressifs, 12 ont déjà eu des problèmes psychologiques dans leur passé et 7 souffrent actuellement de troubles psychotiques ou névrotiques.

Vie affective :

Douze patients de notre groupe se caractérisent par une vie affective très pauvre. Ce sont des patients qui investissent beaucoup dans leur profession, consciencieux, mais sans ambition. Ils passent souvent leur temps libre à faire de longues promenades à moto ou en voiture. Ces promenades constituent la seule satisfaction extra-professionnelle.

Les patients affectivement épanouis supportent mieux la colite : 3 entre eux seulement se sentent handicapés par cette dernière. Il ne semble pas y avoir de relation entre la pauvreté de la vie affective et la gravité de la symptomatologie somatique.

Situation socio-économique :

11 patients ont amélioré leur situation socio-économique depuis le début de leur maladie, 6 ont maintenu une situation stable et chez 8 la situation s'est péjorée.

Situation au travail :

Notre appréciation se base sur la satisfaction personnelle, exprimée par les patients eux-mêmes, sur leurs ambitions personnelles comparées à leurs possibilités actuelles et futures d'y accéder, et sur les problèmes qu'ils ont avec leur entourage au travail.

La situation professionnelle est satisfaisante dans 17 cas.

Parmi les 8 cas où la situation semble insatisfaisante, nous trouvons chez 6 malades des troubles relationnels, des épisodes dépressifs et chez 5 d'entre eux l'impression subjective d'être handicapés par la colite. Dans ce groupe de 8 nous trouvons également 5 malades avec des troubles du type psychotique ou névrotique. On peut affirmer enfin que tous les malades de l'étude souffrent de troubles psychologiques et/ou relationnels.

H. Relation avec le médecin traitant :

Impression ressentie par les malades face à l'efficacité de l'action de leur médecin :

Nous avons recherché l'impression subjective des malades quant à la puissance et l'influence de leur médecin sur l'évolution de leur colite. 16 avaient l'impression qu'il était bien armé pour les aider en cas de rechute, 7 ressen-

taient leur médecin comme impuissant vis-à-vis de la maladie. Deux cas n'ont pas pu être évalués. Les 7 malades sans confiance dans l'action thérapeutique de leur médecin ont montré une aggravation de la colite dans 5 cas; les deux autres avaient des formes d'emblée graves.

Prise en charge par le médecin :

Dans le cas il existe une prise en charge par le médecin où le malade lui parle de tous ses problèmes et se laisse conseiller par lui. Ils coïncident avec les cas qui ressentent leur médecin comme puissant envers la colite. Si nous regardons l'évolution sous l'angle de la prise en charge, nous notons :

sur 8 malades pris en charge

4 sont "guéris" (absence de symptômes)

3 sont restés stationnaires

1 s'est aggravé

sur 13 malades évalués sans prise en charge

3 sont "guéris"

2 sont restés stationnaires

8 se sont aggravés

4 cas n'ont pas été évalués dont 3 à cause de la colectomie pendant la première hospitalisation (No 16, 24 et 25) et le dernier (No 14) à cause de notre méconnaissance de son état antérieur.

Deux cas méritent d'être mentionnés spécialement.

Le patient No 8 était sorti de l'hôpital sans être amélioré, avec l'indication d'une colectomie à son retour à Genève. Placé pendant 2 mois dans une maison de repos, il avait un excellent contact avec le médecin; il avait l'impression que celui-ci n'était là que pour lui; c'est dans ces circonstances qu'une rémission complète a commencé; elle n'a pas été influencée par la séparation d'avec le médecin. Elle dure maintenant depuis 53 mois.

Le deuxième cas (patiente No 19) montrait depuis 2 ans une évolution grave de la maladie, avec d'importantes restrictions de la vie imposées par les médecins (régime, repos). Il lui a été proposé à plusieurs reprises de subir une colectomie ou même une leucotomie. Elle s'est alors adressée à un homéopathe en qui elle a confiance. Celui-ci la prend en charge et lui permet notamment de manger tout ce que dont elle a envie. Depuis lors (3 ans) elle est en rémission complète.

III. SYNTHESE ET DISCUSSION

A. Certaines des constatations précédentes méritent d'être relevées :

1. L'âge du patient et les circonstances dans lesquelles la colite se déclare variant avec le sexe et le vécu du malade :

Les patients ayant eu des difficultés avec leurs parents et des problèmes psychologiques dans leur passé ont été atteints de la colite à un âge relativement jeune (entre 15 et 35 ans). Le début de la maladie est en relation avec une situation extérieure difficile ou exigeant une décision du patient. Les malades par contre, qui ont vécu sans problèmes apparents, ont commencé leur colite après l'âge de 40 ans sans qu'il y ait eu un facteur déclenchant extérieur. A une exception près, ce sont tous des hommes.

2. Le vécu et le sexe ont aussi une influence sur le premier symptôme de la colite :

Les patients sans problèmes dans leur passé ont été atteints dès le début d'hémorragies franches, alors que chez les autres patients la maladie a souvent commencé par des troubles fonctionnels, comme des diarrhées non-sanglantes, de la constipation ou des ténésmes. Les malades avec un début par perte de sang frais sont presque tous des hommes, à l'exception de 3 femmes qui ont toutes dû subir une colectomie par la suite.

3. Le vécu psychologique semble donc avoir une influence sur l'âge d'apparition et le mode de début de la colite. Par contre, la gravité de la maladie semble indépendante de l'existence de problèmes psychologiques. Mais les patients avec un passé problématique se sentent fortement handicapés et limités par leur maladie.

4. Les femmes de notre étude sont plus gravement atteintes que les hommes, cliniquement et anatomiquement. Il existe en général une corrélation directe entre l'étendue anatomique et la sévérité des symptômes cliniques.

5. Le diagnostic a été posé 5 ans et demi en moyenne après le début de la maladie; il n'y a pas de différence dans la gravité de l'évolution de la colite entre les malades diagnostiqués et donc traités ambulatoirement dès l'apparition de la maladie et ceux qui l'ont trainée sans soins pendant des années.

6. Les colitiques constituent un groupe qui se distingue de la population moyenne par la haute fréquence de certains traits de caractère (forte agressivité refoulée, susceptibilité, dépendance d'une certaine personne, traits obsessionnels, intelligence supérieure) et par des difficultés psycho-sociales importantes (relation problématique avec les parents, nervosité, dépression, traits névrotiques, problèmes affectifs et relationnels, mauvaise insertion sociale).

7. L'évolution de la colite pendant la période décrite (4 ans et demi en moyenne) montre une aggravation dans 10 cas, une disparition des symptômes, durant depuis 51 mois en moyenne, dans 7 cas, et une constance de la gravité dans 5 cas. La durée moyenne des rémissions est de 28 mois.

8. Il existe une relation évidente entre l'évolution et les soins médicaux reçus : Les patients dits "guéris" sont surtout ceux qui ont bénéficié d'une prise en charge par leur médecin traitant ou d'une psychothérapie; l'indication pour cette dernière a toujours été motivée par la dépression ou une symptomatologie psychotique, jamais par la présence de la colite.

9. Les céphalées constituent la manifestation somatique concomitante la plus fréquente. Elles apparaissent le plus souvent en dehors des crises. Ces maux de tête se sont manifestés dans des cas où la colite s'est aggravée et où une ancienne symptomatologie allergique ou des troubles gastro-intestinaux avaient disparu; les malades qui en souffrent ont généralement moins de 45 ans. Chez les malades en dessus de 45 ans, il y a prédominance de précordialgies; mais il existe par ailleurs une grande diversité de troubles fonctionnels, dont le nombre dépasse de loin ce qu'on s'attend à trouver dans une population moyenne.

B. Basés sur les résultats de l'enquête, notre avis sur certaines questions discutées dans la littérature est le suivant :

1. Le grand nombre de malades ayant commencé la colite par une perte de sang frais d'une part, et d'autre part la constatation chez un malade que les ulcérations ont atteint la muqueuse de l'iléon terminal après la colectomie, ne nous permettant pas de voir dans la diarrhée un acte symbolique, utilisant le côlon dans sa fonction excrétrice comme un organe de communication avec la mère.

Avec Engel nous sommes plutôt de l'avis que certains facteurs psychologiques et organiques entraînent une dysfonction au niveau cellulaire créant ainsi des

lésions dans la muqueuse d'abord, sans que le cœlon soit touché dans sa fonction.

2. En ce qui concerne le caractère et les relations interpersonnelles des colitiques, nous ne pouvons que confirmer ce qui est généralement décrit dans la littérature.

3. Nous avons trouvé moins de facteurs déclenchants que ceux indiqués dans la littérature; dans les cas où ils existent cependant, ce sont des situations typiques : la séparation d'avec une personne fortement investie ou l'affrontement avec une situation difficile et nouvelle.

4. Comme le postule l'école psychanalytique de Paris (Marty, de M'Uzan et coll.), les patients atteints d'une affection psychosomatique dans le sens strict du terme "somatoses" devraient frapper par leur apparence de normalité, leur bonne intégration sociale, l'absence de troubles psychologiques et fonctionnels et en plus par une forte tendance à annuler leurs problèmes et à être coupés des contenus de leur inconscient.

Nous confirmons ces notions en partie; nos malades présentent un cours de la pensée essentiellement opératoire et une tendance à l'annulation, qui se traduit par la durée qui a dû s'écouler depuis l'apparition de la maladie jusqu'à son diagnostic (5 ans et demi en moyenne !) par le fait que les manifestations d'angoisse sont rares parmi eux malgré la multitude et la gravité de leurs problèmes organiques et psycho-sociaux, ainsi que par notre impression subjective de façade impénétrable chez la moitié des patients.

Chez un grand nombre de nos malades nous n'avons pas constaté, par contre, cette normalité apparente, l'absence de problèmes psychologiques et la bonne intégration sociale; ils ont, au contraire, une incidence de problèmes de ce genre bien plus élevée que n'aurait une population non choisie (v. paragraphe suivant). Ce n'est qu'à leur place de travail qu'ils évoquent un aspect de normalité, qu'ils se sentent intégrés et maintiennent un bon contact avec leur entourage. Ceci s'explique : leur méticulosité, leur façon d'organiser dans leurs pensées les gestes qu'ils auront à faire, leur serviabilité en font des employés modèles et appréciés; ceci d'autant plus qu'ils ont (tous sauf 2) une position subalterne. Avec leurs collègues de travail ils peuvent facilement entrer en contact en discutant les problèmes techniques quotidiens; ils maintiennent ainsi une bonne relation superficielle.

5. A propos de la nature et de la relation temporelle des troubles psychologiques et somatiques avec les poussées colitiques, nos constatations sont les suivantes : sur 22 malades choisis au hasard dans un service de médecine interne, il y a un cas de psychose, 10 cas de névrose et 15 dépressions; les symptômes psychotiques sont surtout manifestes quand le malade ne souffre pas de sa colite, alors que dans les cas de névrose et de dépression il n'y a pas de relation temporelle avec les poussées colitiques. La dépression existait déjà avant l'apparition de la colite dans la plupart des cas; dans tous les cas de colectomie elle a été aggravée ou même déclenchée par celle-ci. Il nous paraît essentiel qu'on tienne tout spécialement compte de cette fragilité thymique du patient avant d'envisager une colectomie. De toutes les autres manifestations somatiques citées dans la littérature, nous n'avons trouvé d'une façon significative que des céphalées, alternant avec les poussées colitiques d'une manière plus ou moins évidente, mais sans qu'on puisse les valoriser comme symptômes vicariants, annonçant la fin d'une poussée colitique, comme le font certains auteurs.

Le grand nombre des autres troubles fonctionnels et les troubles psychologiques mentionnés, nous font douter de la théorie selon laquelle ces malades sont très normaux et sans problèmes en dehors de leur atteinte organique.

6. Si nous comparons la durée des rémissions des patients non-opérés avec les résultats cités dans la littérature (v. tableau) nous notons, qu'avec 7 rémissions complètes sur 22 malades (env. 30 %) durant 51 mois en moyenne, ce résultat se situe parmi les pronostics des psychothérapeutes les moins optimistes, mais dépasse très nettement les résultats des gastro-entérologues. Ceci est dû au bon traitement qu'ont reçu presque la moitié de ces patients, consistant essentiellement en une prise en charge du malade par son médecin traitant. L'effet favorable d'une telle prise en charge, décrite par de nombreux auteurs déjà, a pu être démontré dans notre enquête d'une façon concluante. Nous aimerions souligner ce fait, parce qu'un tel traitement est à la portée de tout médecin et est d'une importance capitale pour le malade. Quant à la psychothérapie, de soutien ou analytique, dont les résultats cités sont meilleurs que les nôtres, nous ne pouvons pas nous y prononcer car malheureusement aucun de nos patients n'a bénéficié d'un tel traitement.

7. En ce qui concerne les caractéristiques des malades et des circonstances d'apparition de la colite et les théories sur la pathogénèse qui en résultent, notre enquête nous permet d'émettre une hypothèse personnelle.

Nous distinguons nettement deux groupes de colitiques.

Le premier groupe comporte des malades qui correspondent bien aux descriptions généralement acceptées par les différents auteurs. Ce sont des personnes qui ont eu des problèmes avec leurs parents, et par la suite des difficultés avec eux-mêmes et leur entourage; chez eux la colite s'est déclarée relativement tôt dans leur vie (entre 15 et 35 ans) et ceci dans une situation de stress psychologique.

Les patients de l'autre groupe, par contre, ont toujours vécu sans problème apparent; chez eux la colite s'est déclarée assez tard dans la vie (autour de 45 - 50 ans) sans relation avec une situation de stress psychologique.

On pourrait conclure que chez eux des facteurs psychologiques n'entrent pas en ligne de compte pour ce qui est de la pathogénèse de la colite, mais que celle-ci est due au vieillissement du tissu et à d'autres facteurs organiques. Nous ne pouvons pas prouver le contraire d'une façon concluante, mais signalons qu'actuellement ces malades ne se distinguent plus de ceux du premier groupe, que donc la différence que nous faisons entre les deux groupes concerne les caractéristiques du début de la colite. Ainsi nous nous permettons de douter de leur apparente normalité et nous les rapprochons de ces malades psychosomatiques décrits par Marty & coll. qui sont caractérisés par leur tendance à repousser leurs affects et à annuler leurs problèmes. De cette répression chronique peut surgir une tension pathogène qui s'exprime brutalement un jour, quand on s'y attend le moins, sous la forme d'une hémorragie franche, alors que dans l'autre groupe nous trouvons souvent des troubles fonctionnels digestifs au début. Pour mieux fonder cette théorie, il nous paraît notable, en plus, que dans ce groupe où la maladie commence après l'âge de 40 ans, il n'y a qu'une seule femme qui nous a confié que ménopause s'était passée sans problèmes.

La ménopause protège-t-elle contre l'apparition de la colite ? Est-ce-que les femmes qui ont la même attitude répressive à l'égard de leurs affects et leurs pulsions, et qui pourraient donc faire une colite ulcéreuse avec apparition brutale et tardive, se permettent-elles de se laisser aller au moment de la ménopause (dont les troubles psycho-fonctionnels concomitants sont

généralement connus et acceptés) en s'avouant leurs peurs, leurs soucis et leurs difficultés de contact. Diminuent-elles ainsi la tension pathogène ?

R E S U M E

25 patients ont été revus 4 ans et demi en moyenne après leur hospitalisation pour une colite ulcéreuse. Nous avons évalué, par des interviews personnels, l'évolution de leur colite, leur structure de personnalité, leurs problèmes passés et présents d'ordre psycho-social et la relation qu'ils maintiennent avec leur médecin traitant.

3 patients nous ont été signalés par la policlinique de psychiatrie; les 22 autres patients constituent le lot traité dans le service de médecine interne pour une colite ulcéreuse au cours des 10 dernières années.

Les résultats nous ont permis de faire les constatations suivantes :

1. Les colitiques constituent un groupe à part se distinguant d'une population moyenne par l'importance des caractéristiques suivantes :

a) Une personnalité caractérisée par une forte agressivité refoulée, une susceptibilité, une dépendance d'une certaine personne, une vie affective non-investie, une grande nervosité, des traits obsessionnels, un cours de la pensée du type opératoire et une bonne intelligence.

b) Comme enfants, une relation problématique avec leurs parents; d'autres troubles relationnels dans le passé et le présent.

c) Une multitude de troubles fonctionnels, notamment des maux de tête, qui alternent dans leur apparition avec les poussées colitiques

d) Des troubles psychologiques importants : sur 22 patients choisis au hasard, il y a une psychose, 10 névroses et 15 malades qui étaient dépressifs au moment de l'interview ou pendant le temps de la catamnèse.

Il n'y a pas de corrélation entre poussées colitiques et manifestations psychopathologiques, sauf pour les poussées psychotiques, qui se manifestent en dehors des accès de colite.

2. Deux groupes de colitiques se distinguent nettement.

Le premier consiste de patients qui ont eu passablement de problèmes

dans leur passé. qui sont labiles et dépendants, se rapprochant dans leur symptomatologie générale des personnes psychofonctionnelles; ils réagissent massivement à certaines situations extérieures (perte d'une personne, prise de responsabilité). La colite ulcéreuse paraît être l'aboutissement de ces réactions massives. Ceci se passe au début de leur vie d'adulte (15 - 35 ans), à un moment donc où de telles situations arrivent le plus souvent (acquisition de l'indépendance, mariage, profession). Le premier symptôme peut être une perte de sang frais ou des troubles fonctionnels (diarrhées, constipation, ténèsmes). Les deux sexes sont représentés dans ce groupe.

Les patients du deuxième groupe ont vécu sans problèmes apparents. Chez eux la colite se manifeste à un âge bien plus avancé (45 - 50 ans) par une perte de sang frais d'emblée. A une exception près, il n'y a que des hommes dans ce groupe. Nous avons l'impression qu'il existe chez eux une tension intérieure chronique comme résultat d'une répression constante des affects et des pulsions, afin de garder un aspect de normalité et d'équilibre. L'action prolongée de cette tension serait responsable de l'apparition de la colite, si le terrain organique se prête à cette évolution. Le danger d'une colite pourrait être écarté si le malade arrive à reconnaître et extérioriser cette tension, comme il semble être le cas pour beaucoup de femmes au moment de la ménopause.

3. L'influence favorable d'une prise en charge par le médecin traitant a pu être démontrée. Elle augmente les chances d'une amélioration et diminue très nettement le risque d'une péjoration.

BIBLIOGRAPHIE

- AARON R., HIATT R.B., DANIELS G.E. - Psychophysiological correlations in Ulcerative Colitis. *Psychosom. Med.*, 1955, 17, 36.
- ALEXANDER F. - *Psychosomatische Medizin*, Berlin-New York, Walter De Gruyter, 1971, 2. Auflage, 81-95.
- APPEL J., ROSEN S.R. - Psychotic Factors in psychosomatic Illnesses, *Psychosom. Med.*, 1950, 12, 236.
- CAIN J., SARLES H., BONNEL R. - Rectocolite hémorragique : Etude psychosomatique. *Encycl. Med.-chir.*, 37450 L 10.
- DANIELS G.E., KARUSH A., O'CONNOR J.F. - Three decades in the observation and treatment of ulcerative colitis. *Psycho-som. Med.*, 1962, 24, 85.
- DOHRSEN A. - Das Problem auslösenden Konfliktsituation in der Diagnostik psychogener Erkrankungen. *Zschr. psychosom. Med.*, 1954/55, 1, 45.
- ENGEL G.L. - The selection of clinical material in psychosomatic medicine : the need for a new physiology. *Psycho-som. Med.*, 1954, 16, 368.
- ENGEL G.L. - Studies of ulcerative colitis :
I : Clinical data bearing on the nature of the somatic process, *Psycho-som. Med.*, 1954, 16, 496.
II : The nature of the somatic process and the adequacy of the psychosomatic hypothesis. *Am. J. Med.*, 1954, 16, 416.
III: The nature of the psychological process. *Am. J. Med.*, 1955, 19, 231.
IV : The significance of headaches, *Psycho-som. Med.*, 1956, 18, 334.
- ENGEL G.L. , REICHSMAN F., SEGAL H. - A study of an infant with a gastric fistula, I : Behaviour and rate of the total acid secretion. *Psycho-som. Med.*, 1956, 18, 374.
- ENGEL G.L. - Studies of Ulcerative Colitis : V : Psychological aspects and their implication for treatment. *Am. J. Dig. Dis.*, 1958, 3, 315.
- ENGEL G.L. - Is grief a disease ? *Psycho-som. Med.* 1961, 23, 18.
- FELDMAN F., CANTOR D., SOLLS S., & coll.- Psychiatric study of a consecutive series of 34 patients with ulcerative colitis. *Brit. Med. J.*, 1967, 3, 14.
- FLOOD C.A. - Prognosis in ulcerative colitis. *J. Chron. Dis.*, 1956, 4, 267.
- FREYBERGER H., MULLER-WIELAND K. - Proctosigmoiditis, a special form of chronic ulcerative colitis. *Am. J. Proct.*, 1968, 19, 270.
- GIOVACCHINI P.L. - The ego and the psychosomatic state. *Psycho-som. Med.*, 1959, 21, 218.
- GRACE W.J. - Life situations, emotion and chronic ulcerative colitis, in : Dunbar F., Life stress and bodily disease, Baltimore, Williams and Wilkins company, 1951, 679-91.
- GRACE W.J. - The treatment of ulcerative colitis, *Gastroent.*, 1954, 26, 462.

- GROEN J. - Psychogenesis and psychotherapy of ulcerative colitis, *Psycho-som. Med.*, 1947, 2, 151.
- GROEN J., BASTIAANS J. - Psychotherapy of ulcerative colitis, *Gastroenterology*, 1951, 17, 344.
- GROEN J., VAN DER VALK J.M. - Psychosomatic aspects of ulcerative colitis, *Gastroenterologia*, 1956, 86, 591.
- HAGSPIHL K. - Das Besitzproblem im auslösenden Konflikt bei Magen- Darmerkrankungen, *Zschr. psycho-som. Med.*, 1954/55, 1, 21.
- HAUCH E.W. - Chronic ulcerative colitis as viewed by the internist, *Am. J. Gastroent.*, 1960, 34, 67.
- JORES A. - Psychopathologische Befunde bei Patienten mit Colitis ulzerosa. *Therm. Umsch.*, 1969, 26, 1, 5.
- KARUSH A., HIATT R.B., DANIELS G.E. - Psychophysiological correlations un ulcerative colitis, *Psycho-som. Med.*, 1955, 17, 36.
- KARUSH A., DANIELS G.E., O'CONNOR J.F. - The response to psychotherapy in ulcerative colitis
I : Pretreatment factors, *Psychosom. Med.*, 1968, 30, 255.
II : Factors arising from the therapeutic situation. *Psycho-som. Med.*, 1969, 31, 201.
- KEMPER W. - Erwägungen zur psychosomatischen Medezin, *Zschr. psycho-som. Med.*, 1954/55, 1, 38.
- KEMPER W. - Persönlichkeitsstruktur, Konfliktart, Organwahl und psychosomatische Medezin. *Zschr. psycho-som. Med.*, 1957/58, 4, 186.
- KOPHAGEL G. - A psychoanalytical and neurovegetative investigation of gastrocolitis patients. *Psychother. psychosom.*, 1971, 19, 175.
- LABHARDT F. - Grundsätzliche Aspekte der Psychosomatik von Magen- Darm Krankheiten. *Ther. Umsch.*, 1969, 26, 1, 3.
- LINDEMANN E. - Modifications in the course of ulcerative colitis in relationship to changes in life situation and reaction pattern in : DUNBAR F., Life stress and bodily disease, Baltimore, Williams and Wilkins company, 1951, 706 - 723.
- MARTY P., de M'Uzan, DAVID Ch. - L'investigation en psychosomatique, Paris, Press Univ., 1963, 257 - 263.
- MITSCHERLICH A. - (Zur psychosomatischen Auffassung)
Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. *Psyche*, 1953/54, 7, 561.
- MOHR G. J. - Studies in ulcerative colitis. *Am. J. Psychiatry*, 1957/58, 114, 1067.
- MOHR G. J. - Psychological aspects of ulcerative colitis. *Am. J. Gastroent.*, 1960, 34, 42.
- MURRAY C.D. - Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhoea. *Am. J. Med. Sci.*, 1930, 180, 239.
- O'CONNOR J. F., DANIELS G.E., KARUSH A. - An evaluation of the effectiveness of psychotherapy in the treatment of ulcerative colitis. *Am. J. Int. Med.*, 1964, 60, 587.
- O'CONNOR J.F. DANIELS G.E., KARUSH A. - Prognostic implications of psychiatric diagnosis in ulcerative colitis. *Psycho-som. Med.*, 1966, 28, 375.

- PANETH H.G. - Some observations on the relation of psychotic states to psychosomatic disorders. Psycho-som. Med., 1959, 21, 106.
- PRUGH D. G. - Variations in the play of children during modifications of ulcerative colitis, in : Dunbar F. - Life stress and bodily disease, Baltimore, Williams and Wilkins company, 1951 692 - 705.
- SHELLAK D. - Neurosenpsychologische Faktoren in der Aetiologie und Pathogenese der afebrilen Colitis ulzerosa chronica, Zschr. psychosom. Med., 1954/55, 1, 28.
- SCHWARTZ J. - Psychosomatic disorders in psychoses. Psycho-som. Med., 1951, 13, 314.
- SCHWIDDER W. - Psychische Faktoren bei Magen-Darmerkrankungen. Zschr. psychosom. Med., 1954/55, 1, 4.
- SCHWIDDER W. - Grundsätzliches zur Entstehung psychosomatischer Krankheits-symptome. Zschr. psycho-som. Med., 1958/59, 5, 238.
- SPERLING M. - The role of the mother in psychosomatic disorders in children, Psycho-som. Med., 1949, 11, 377.
- WEINSTOCK H.J. - Successful treatment of ulcerative colitis by psychoanalysis : A survey of 28 cases, with follow-up, J. psycho-som. Res., 1962, 6, 243.

